

193
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N° 381

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
(MENTION MÉDECINE)

PAR

Sura GOLD

Née le 2 février 1900 à Cagul (Roumanie)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CANCER DU CORPS DE L'UTÉRUS

Président : M. J.-L. FAURE, professeur.

ÉDITIONS MÉDICALES NORBERT MALOINE
27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27
PARIS, 1929

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Sura GOLD

Née le 2 février 1900 à Cagul (Roumanie)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CANCER DU CORPS DE L'UTÉRUS

Président : M. J.-L. FAURE, professeur.

ÉDITIONS MÉDICALES NORBERT MALOINE
27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27
PARIS, 1929

I. — DOYEN. . . M. ROGER. LES PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale . .	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	N...
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	{ CARNOT.
	{ BEZANÇON.
	{ ACHARD.
	{ M. LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD
Clinique chirurgicale	{ DELBET.
	{ HARTMANN
	{ LEJARS.
	{ GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	{ COUVELAIRE.
	{ BRINDEAU.
	{ JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGEANT.
Professeurs sans chaire.	{ BRANCA.
	{ MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.
 LAJOUANINE. Neurologie et psychiatrie.
 AUBERTIN. . . Pathologie médicale.
 CASSET . . . Pathologie chirurgicale.
 DAUDOUIN. . . Pathologie médicale
 DINET Physiologie.
 LANCHETIERE Chimie biologique.
 BROCCQ. . . . Pathologie chirurgicale
 BRULÉ. . . . Pathologie médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHIRAY . . . Pathologie médicale.
 CLERC. . . . Pathologie médicale.
 DEBRE Hygiène.
 DOGNON. . . Physiique.
 DONZELOT . . Pathologie médicale.
 DUVOIR . . . Médecine légale.
 ECALLE . . . Obstétrique.
 FIESSINGER. Pathologie médicale.
 GARNIER . . Pathologie expérimentale
 GATELLIER . Pathologie chirurgicale
 GIROUD . . . Histologie.
 HARVIER. . . Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER Urologie.
 HOVELACQUE . Anatomie.
 HUTINEL. . . Pathologie médicale.

MM.

JOYEUX . . . Parasitologie.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LARDENNOIS Pathologie chirurgicale.
 LEMAITRE. . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX. . . Anatomie pathologique
 LÉVY-SOLAL. Obstétrique.
 LHERMITTE . Pathologie mentale.
 LIAN. . . . Pathologie médicale.
 MATHIEU. . . Pathologie chirurgicale
 MERCIER (F.) Pharmacologie.
 METZGER . . . Obstétrique.
 MONDOR. . . Pathologie chirurgicale.
 MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.
 MULON. . . . Histologie.
 OBERLING. . Anatomie pathologique.
 OLIVIER. . . Anatomie.
 PHILIBERT. . Bactériologie.
 QUÉNU. . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHTER Fils. Physiologie.
 SÉZARY . . . Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique
 VELTER. . . . Ophtalmologie.
 VERNE. . . . Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

USQUET. Pharmacologie.
 UENIOT Obstétrique.
 EQUEUX Obstétrique.
 EYEU-LEMAIRE. Parasitologie.

MM.

RETTERER. . Histologie.
 ZIMMERN. . . Physique.
 N. Pathologie médicale

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ALGLAVE . Clinique chirurgicale.
AUVRAY . . Clinique chirurgicale.
CHEVASSU . Clinique chirurgicale.
LIGNEL-LAVASTINE . Clinique médicale.
LE LORIER . . Clinique obstétricale.

MM.

LERI Clinique médicale.
MOCQUOT . . Clinique chirurgicale.
PROUST . . . Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ . Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique
WEILL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

*Hommage de piété filiale et de
profonde reconnaissance pour les
sacrifices qu'ils ont faits pour moi.*

A MES SŒURS

A MES FRÈRES

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN-LOUIS FAURE

Professeur de Clinique Gynécologique
Chirurgien à l'Hôpital Broca
Commandeur de la Légion d'Honneur
Membre de l'Académie de Médecine

*En le remerciant du grand hon-
neur qu'il a bien voulu nous faire
en acceptant la présidence de notre
thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR DOUAY

Chef des Travaux Gynécologiques à l'Hôpital Broca
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu m'inspirer l'idée
de ce travail et m'aider de ses con-
seils, en témoignage de ma très
grande et respectueuse reconnais-
sance.*

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU CANCER DU CORPS DE L'UTÉRUS

INTRODUCTION

Pendant les années 1928-1929, nous avons suivi l'enseignement du professeur Jean-Louis Faure à l'Hôpital Broca et de son chef des travaux le Dr Douay. Nous avons entendu souvent les discussions cliniques sur le moyen le plus utile de faire le diagnostic précoce du cancer de l'utérus.

Nous avons voulu dans cette thèse étudier en détail deux observations caractéristiques de cancer du corps de l'utérus, discuter ensuite les symptômes observés et montrer enfin l'enseignement qu'on peut tirer de l'étude de ces symptômes.

Nous avons ajouté à nos observations la reproduction des radiographies après lipiodol intra-utérin et nous en profitons pour indiquer la technique, que nous avons vue employer par le Docteur Douay, technique simple et d'une grande facilité d'exécution. Enfin nous avons voulu reproduire en noir les deux beaux dessins que le Dr Douay avait exécutés en couleur des deux pièces opératoires tout à fait caractéristiques de la lésion.

Je présente ici à mes maîtres de l'Hôpital Broca mes sentiments de reconnaissance pour tout ce qu'ils m'ont appris.

Le cancer du corps de l'utérus avait déjà donné lieu dans le service du professeur Faure à de nombreuses recherches. Dans ses leçons cliniques du vendredi, le professeur Faure parle souvent du cancer du corps, qu'il considère comme très fréquent, presque aussi fréquent que le cancer du col. Longtemps il a été considéré comme une rareté, parce que, étant d'un diagnostic plus difficile, il passait souvent inaperçu. Une thèse remarquable a été faite dans le service par Jean Duval (1). Avant ce travail Marie Caplan (2) avait étudié avec soin le moyen de faire un diagnostic précoce par la biopsie endo-utérine.

Actuellement la question a repris un regain d'actualité grâce au progrès apporté à l'examen gynécologique par la méthode des injections intra-utérines de lipiodol.

Nous apporterons d'abord les deux observations de cancer du corps, l'une opérée par hystérectomie abdominale totale, l'autre opérée par hystérectomie vaginale. Nous discuterons ensuite chapitre par chapitre les détails de ces deux faits cliniques, en essayant de montrer l'enseignement qui s'en dégage.

1: Jean Duval, *Cancer primitif du corps de l'utérus*. Thèse Paris, 1928.

2. Marie Caplan, *La biopsie dans le cancer de l'utérus*. Thèse Paris, 1924.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Mme B..., 55 ans, pas d'enfant, entre à l'Hôpital Broca le 4 février 1929 pour *métrorragie après la ménopause*. Arrêt des règles à 52 ans. Depuis 6 mois la malade perd du sang d'abord d'une façon irrégulière, puis presque chaque jour. Entre ces petites hémorragies, elle perd de l'eau rosée, jaunâtre, sans odeur. Aucune douleur, aucun trouble général.

A l'examen l'utérus paraît un peu gros, régulier, sans bosselure ; le col est lisse, sans lésions apparente ; l'orifice du col est entr'ouvert. L'hystéromètre pénètre facilement à 8 centimètres, et donne au contact une sensation molasse ; un peu de sang s'écoule après l'examen.

Le 6 février M. Douay pratique une *injection intra-utérine de lipiodol*. L'injection est faite avec son appareil habituel, sans contrôle manométrique. L'injection est poussée doucement, chaque tour de vis du piston faisant pénétrer un centimètre cube dans l'utérus. Le remplissage de la cavité utérine est contrôlée par l'image radioscopique vue sur l'écran. La malade n'accuse aucune douleur pendant l'injection. Avec 7 cc. la cavité utérine très spacieuse paraît remplie ; on fait un cliché à ce moment. A l'examen de la radiographie : le bord inférieur de l'image est régulier et net. Au contraire le bord supérieur est très irrégulier et très décli-

queté. Il existe des zones lacunaires très étendues et très anormales. Cette radiographie montre donc que la cavité utérine est remplie dans sa partie supérieure par des végétations irrégulières. Il est à noter que malgré toutes les précautions prises pour éviter la pénétration dans les trompes, un peu de lipiodol se trouve dans les cavités tubaires des deux côtés. Le 8 février une *biopsie* est faite avec la curette de M. Douay. Le col quoique entr'ouvert n'est pas assez dilaté pour que la curette pénètre facilement, on fait une dilatation extemporanée avec les bougies de Hégar (n° 21 de la série calibrée au 1/3 de millimètre). Après cette dilatation la curette pénètre facilement, elle est dirigée dans le fond de la cavité, à l'endroit où la radiographie a montré la présence des bourgeons. On fait tourner l'instrument dans le sens des aiguilles d'une montre pour couper le fragment engagé dans l'appareil et on retire la curette.

On trouve dans la cavité de l'appareil un fragment détaché, ce tissu est blanchâtre, friable ; il a eu l'aspect du tissu cancéreux.

L'examen histologique du fragment fait au laboratoire par M. le professeur Champy montre qu'il s'agit d'un épithélioma cylindrique.

L'opération est décidée. Il s'agit d'une femme robuste, de corpulence moyenne sans lésion cardiaque, ni pulmonaire, ni rénale ; aussi se détermine-t-on à faire une opération abdominale sous anesthésie générale.

Opération. — 12 février 1929. — Opérateurs : MM. Jean Duval et Douay. Anesthésie générale au mélange de Schleich. Incision médiane sous ombilicale. A l'ouverture du ventre, les anses grêles qui sont dans le bassin sont rouges

très vascularisées, alors que les autres parties de l'intestin sont d'aspect normal. Cet état d'irritation du péritoine est localisé, on ne trouve pas de liquide dans le Douglas, et le rectum a un aspect ordinaire, les annexes au contraire sont rouges, violacées. L'utérus est pris par les cornes au moyen de deux pinces de Kocher, pour faire l'hystérectomie totale. Section entre deux pinces du ligament large d'un côté, puis de l'autre. Prise des artères utérines. Décollement de vessie ; le pincement du pédicule vésico-vaginal est fait au ras des bords latéraux de l'utérus avec une pince de Kocher. Pincement du ligament utéro-sacré en arrière. Ouverture du vagin au bistouri, et ablation de la pièce ; badigeonnage avec de la teinture d'iode de la tranche de section. Surjet sur le péritoine, en commençant par le ligament large droit, puis on continue en prenant la tranche antérieure du vagin avec le péritoine vésical, enfin on passe à gauche sur le péritoine du ligament large gauche, on termine par un deuxième surjet sur la tranche postérieure du vagin et le péritoine postérieure. Mise en place d'un drainage vaginal avec un drain et deux mèches.

Une péritonisation est faite par-dessus, en suturant l'S iliaque au péritoine vésical. Fermeture complète de la paroi abdominale,

Suites opératoires. — Le deuxième jour la malade présente des vomissements répétés et un léger ballonnement du ventre. La température cependant ne dépasse pas 37°4. Le pouls est un peu rapide. Le troisième jour les vomissements continuent, si bien qu'un lavage d'estomac est fait ; on retire du liquide vert, bilieux. A partir de ce moment l'état s'améliore, la malade ne vomit plus, les gaz sont

expulsés en abondance après lavement. L'état s'améliore rapidement. Le quatrième jour ablation du drain et des deux mèches vaginales. Les agrafes sont enlevées le 11^e jour. La cicatrisation est parfaite. La malade est sortie de l'hôpital le 3 mars 1929, en très bon état général, 20 jours après son opération.

Revue le 14 mai en très bon état.

La pièce opératoire montre un cancer du corps de l'utérus typique : l'utérus est rempli par une masse bourgeonnante, qui s'implante sur la paroi utérine du fond et des cornes utérines. A ce niveau la paroi musculaire est envahie et légèrement amincie, les bourgeons descendent dans la cavité qui se trouve ainsi distendue par eux, de sorte qu'après la section de la paroi utérine, l'utérus se contracte et les bourgeons font hernie en dehors de la cavité. Ces bourgeons ne prennent aucune adhérence dans la portion inférieure de la cavité utérine voisiné du col. On n'a constaté au cours de l'opération aucune adénopathie pelvienne. Les trompes sont rouges, violacées, les pavillons ouverts sans trace de salpingite ancienne.

OBSERVATION II

Mme M..., 64 ans, trois enfants, entre à l'hôpital Broca le 14 mars 1929 pour *métrorragies après la ménopause*. Vers 46 ans la malade remarque que ses règles deviennent plus abondantes et plus longues que normalement. Ces ménorragies persistent jusqu'au moment où la ménopause s'établit, à l'âge de 52 ans. Onze ans après, vers l'âge de 63 ans la malade recommence à avoir quelques pertes rouges, pertes survenant sans causes apparentes et d'une

façon irrégulière. Ces pertes sont peu abondantes et la malade ne s'en inquiète pas pendant 4 à 5 mois. A cette époque elle est prise de violentes hémorragies qui persistent malgré deux curettages faits l'un en septembre 1928 à Saint-Louis, l'autre en ville en février 1929. Ces curettages n'ont donné lieu à aucun examen histologique à la connaissance de la malade. L'état général s'altère et l'amaigrissement relatif va en augmentant, c'est du moins ce que la malade nous raconte, car nous sommes en présence d'une femme énorme. Elle a pesé jusqu'à 146 kilos, actuellement elle pèse encore 108 kilos. La malade entre à l'hôpital le 14 mars 1929, l'hypothèse de néoplasme du corps de l'utérus est déjà posée uniquement par l'interrogatoire. L'examen gynécologique est rendu très difficile par l'obésité. Au toucher on croit sentir sans pouvoir l'affirmer un corps utérin augmenté de volume. Le col est légèrement entr'ouvert. L'hystéromètre pénètre facilement dans une cavité très profonde (10 cent.). Cette recherche est suivie d'une petite perte de sang.

Une injection de lipiodol est faite le 22 mars 1929. On injecte sans difficulté 11 cc. de lipiodol (appareil ordinaire de M. Douay sans manomètre). On voit sur l'écran, la cavité utérine se remplir peu à peu. On arrête l'injection quand la cavité paraît remplie, l'image est lacunaire. Un cliché est fait à ce moment.

La radiographie montre une image particulièrement intéressante : on voit en haut l'image anormale d'une cavité utérine énorme, irrégulière et déchiquetée avec aspect lacunaire. Il existe manifestement une lésion végétale intra-utérine. Les trompes ne sont pas injectées. On voit en outre

une ombre circulaire située à la partie moyenne du pelvis. Il s'agit manifestement d'un fibrome calcifié. L'aspect est celui d'une infiltration calcaire de la périphérie d'un noyau fibreux unique. Le diagnostic radiographique est : association de fibrome calcifié latéro-cervical et de cancer du corps de l'utérus.

Une biopsie est faite le lendemain avec la curette de Douay. Celle-ci pénètre assez difficilement dans le défilé isthmique. Cet endroit rétréci du col, correspond sans doute à la région du fibrome calcifié puis l'instrument entre dans une cavité spacieuse ; on perçoit des masses bourgeonnantes molasses ; un fragment est facilement enlevé avec l'appareil et ramené dans la cupule de l'instrument. Ce bourgeon est blanc grisâtre. C'est manifestement du cancer.

L'examen histologique, pratiqué au laboratoire donne comme réponse : cancer cylindrique.

La malade est présentée à la leçon clinique du vendredi, où on discute le diagnostic et surtout la conduite thérapeutique. Le radium intra-utérin ne serait qu'un pis aller si le cas était réellement inopérable ; or dans ce cas l'intervention chirurgicale paraît praticable ; mais par quelle voie faut-il la pratiquer ?

Il s'agit d'une grosse femme de 64 ans, ayant un ventre énorme. L'état général est précaire, par suite de l'emphysème pulmonaire, mais rien au cœur, rien au foie, l'appareil urinaire (épreuve de la sulfo-phénol-ftaleine) en bon état de fonctionnement. Toutefois l'hystérectomie par voie abdominale doit être considérée comme grave, étant donnée l'obésité de la malade.

Au contraire l'hystérectomie par voie vaginale sera bien

tolérée, mais est-elle possible étant donnée la présence du fibrome calcifié, ayant une situation prævia et devant s'opposer à l'abaissement du corps utérin. Après discussion M. Faure se décide pour l'opération vaginale, après débridement vulvaire. Si par malheur, la vaginale n'était pas favorable, on pourrait changer de voie au cours de l'opération et terminer par une abdominale.

Opération, le 23 mars 1929. Opérateur M. le professeur Jean-Louis Faure. Anesthésie générale ; mélange de Schleisch (très bien supportée).

Episiotomie par débridement latéral gauche de l'orifice vulvaire. Incision circulaire péri-cervicale; décollement de la vessie. Incision médiane de la paroi antérieure du col : deux pinces de Museux, saisissant l'isthme essayent en vain d'abaisser l'utérus. Le fibrome calcifié de la grosseur du poing développé sur la partie postéro-latérale de l'isthme s'oppose à toute manœuvre d'abaissement. Il faut l'attaquer avec une pince coupante de Liston : une fois la coque entamée les gros ciseaux courbes enlèvent un fragment important le quart environ de la masse calcifiée.

A ce moment le fibrome s'abaisse et l'utérus suit le mouvement de descente, le fonds apparaît à la vulve, un clamp droit est passé de haut à bas en dehors de la corne utérine gauche. Ce qui permet de sectionner le ligament large gauche.

Un autre clamp droit est placé de bas en haut sur l'artère utérine gauche qui est sectionnée, la pièce sort de la vulve ; deux clamps prennent le ligament large droit et la pièce est enlevée. Les 4 clamps resteront à demeure avec une mèche à l'ectogan entre les pinces pour refouler l'intestin grêle. Sonde à demeure dans la vessie.

Suites opératoires. — Extrêmement simples. Les 4 pinces de meure sont enlevées après 48 heures. La mèche est laissée en place pendant encore 2 jours, elle est enlevée facilement le 4^e jour. La sonde est enlevée au 4^{er} jour après lavage de vessie et injection de 10 cc. d'huile goménolée.

L'opération a été parfaitement tolérée; la température n'a pas dépassé 38°, un peu de digitaline et d'ouabaïne pour soutenir le cœur pendant quelques jours.

Malheureusement une poussée de furonculose au niveau des fesses et du dos, apparaît quand la malade devait se lever et retarde la convalescence. La malade ne quitte l'hôpital que le 16 mai 1929 en excellent état.

L'examen de la pièce montre un fibrome calcifié, dont la coque seule est calcaire, ce qui a permis d'en détacher avec la pince coupante un fragment important. Ce fragment a été remis en place avant de dessiner la pièce.

Le corps de l'utérus incisé sur la paroi antérieure, montre une cavité remplie de grosses végétations cancéreuses.

Le néoplasme remplit le fond de l'utérus, infiltrant la paroi utérine. La partie correspondant au tiers inférieur de l'organe est absolument sain d'aspect. L'isthme et toute la cavité cervicale très longues sont absolument intacts.

La malade a été revue au début de juin en excellent état.

DISCUSSION

L'étude détaillée de ces deux observations complètes et caractéristiques nous permet de discuter les points les plus importants de l'histoire anatomo-clinique du cancer du corps de l'utérus, ainsi que sa thérapeutique chirurgicale.

ÉTIOLOGIE

Le cancer du corps de l'utérus est le cancer des femmes âgées. La malade qui fait le sujet de notre première observation avait 55 ans et celle de la seconde observation était âgée de 64 ans.

Le cancer du corps de l'utérus se développe habituellement après la ménopause. On comprend aisément que la chute des couches superficielles de la muqueuse, qui pendant la vie génitale de la femme se produit à chaque période menstruelle, s'oppose au développement du cancer par suite du renouvellement chaque mois d'une muqueuse nouvelle. Après la ménopause cette chute ne se reproduit plus, ce qui permet aux cellules épithéliales de subir les modifications lentes de la transformation épithéliomateuse.

Cette fréquence du cancer de corps après la ménopause, rend son diagnostic habituellement facile.

Nous avons souvent entendu le professeur Faure dans son enseignement, répéter cette phrase qu'il faut retenir :

« Toute hémorragie après la ménopause doit être considérée comme suspecte. Dans neuf cas sur dix il s'agit d'un cancer de l'utérus. Si la lésion n'est pas

évidente au niveau du col, il faut la rechercher plus haut au niveau du corps utérin. »

Au voisinage de la ménopause, le problème clinique est beaucoup plus difficile à résoudre surtout s'il y a coexistence de fibrome et de cancer. Chez une de nos malades la ménopause était obtenue depuis 12 ans. L'apparition inopinée des pertes de sang a chez elle le caractère d'un signe révélateur. Chez l'autre l'arrêt des règles ne date que de 6 mois, mais cet arrêt s'est accompagné des troubles ordinaires de la ménopause, dont le plus important est l'apparition des bouffées de chaleur. Aussi lorsque le sang fait de nouveau son apparition, doit-on le considérer non pas comme un retour de règles, mais comme un écoulement sanguin pathologique.

On a quelquefois dit que la métrite chronique préparait le terrain de la dégénérescence cancéreuse. Dans nos deux observations nous ne trouvons dans les antécédents rien qui justifie cette conception. L'une n'a pas eu d'enfant et n'a eu aucun passé infectieux, l'autre a eu trois enfants sans aucune complication consécutive.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Dans les deux cas, il s'agit de la forme bourgeonnante intra-utérine. Cette forme est la variété la plus habituellement observée. Les bourgeons se développent sur le fond de la cavité utérine, ils descendent dans la cavité utérine en distendant l'organe. Cette masse bourgeonnante fait un véritable corps étranger intra utérin, ainsi on comprend que l'utérus, gonflé par cette masse endo-utérine devienne rond, globuleux sans saillie, ni bosselure appréciable à l'extérieur. On comprend également, que le col soit ramolli, dilaté, facilement perméable à l'hystéromètre. Ce signe existait dans les deux cas et nous l'étudierons à nouveau dans la symptomatologie.

Au niveau de l'implantation du cancer sur la paroi utérine, celle-ci est amincie. On comprend que ce point soit une zone de résistance disséminée, si bien que la perforation à ce niveau soit à craindre si on manie avec trop de violence un hystéromètre, ou une curette au cours d'un curettage explorateur. La perforation à ce niveau est aussi à craindre, quand on utilise le radium comme moyen thérapeutique. Cette perforation peut se produire

non seulement au moment de l'application du radium par une pression trop violente des appareils, mais encore après la fonte des tissus cancéreux sans l'action du radium ; dans ce cas il s'agit de perforation tardive.

Il est à remarquer, que dans les deux cas l'envahissement cancéreux ne gagne pas la région inférieure de la cavité utérine, de telle sorte qu'une section faite au-dessous de l'isthme est très éloignée (de 1 à 2 centimètres) de la zone cancéreuse (Fig. 1).



FIG. 1

OBSERVATION I. — Cancer du corps de l'utérus.
(Hystérectomie abdominale totale).

Dessin de la pièce opératoire après incision de la paroi antérieure de l'utérus.

Ce fait justifie l'idée du professeur Jean-Louis Faure, que l'hystérectomie subtotale est souvent suffisante pour guérir radicalement le cancer du corps de l'utérus.

Cette localisation sur le fond de l'utérus a encore

une conséquence pratique importante : La propagation lymphatique du fond de l'utérus gagne avec les lymphatiques de la trompe et de l'ovaire les ganglions lombo-aortiques (Fig. II).

Dans la première observation, la laparotomie a permis de constater l'absence d'adénopathie pelvienne : ceci confirme la règle que l'ablation des



FIG. II

OBSERVATION II. — Cancer du corps de l'utérus avec fibrome calcifié.
(Hystérectomie vaginale).

Dessin de la pièce opératoire après incision complétée de la paroi antérieure de l'utérus et remise en place du fragment du fibrome, enlevé par morcellement pour permettre l'abaissement de l'utérus.

ganglions hypogastriques souvent nécessaire dans l'opération de Wertheim pour cancer du col, est superflue dans le cancer du corps.

Remarquons enfin que les bourgeons cancéreux sont gris rosés, sans aucune inflammation appa-

rente, sans aucun aspect nécrotique, ni septique. Cet aspect est tout différent de celui des bourgeons du cancer du col de l'utérus. Il semble que le néoplasme du corps soit bien protégé contre l'infection venant du vagin, aussi ne donne-t-il lieu qu'à des pertes rosées sans odeur.

Toutefois on ne peut pas trop compter sur cet état aseptique des bourgeons néoplasiques intra-utérins.

Il est certain que la prise du fond de l'utérus avec une pince de Museux au cours de l'hystérectomie abdominale est capable de faire couler dans le péritoine un liquide suspect, pouvant provoquer une péritonite post-opératoire.

Pour la même raison, il y a lieu d'éviter au cours de l'examen radiographique, d'injecter le lipiodol sous grande pression, car celui-ci en refluant dans les trompes est capable de chasser dans le péritoine liquide intra-utérin plus ou moins septique. Sur la pièce anatomique de l'observation 1 nous avons constaté une coloration rouge violacée des trompes ; au cours de l'opération on a été étonné de trouver des anses intestinales rouges et manifestement irritées, enfin dans les suites opératoires on a vu se développer les signes d'une réaction péritonéale, passablement inquiétante. Ces différentes constatations laissant supposer que l'examen au lipiodol a chassé dans les trompes et dans le péritoine un liquide légèrement septique. Ces faits montrent le danger de l'exploration endo-uté-

rine par le lipiodol dans le cancer du corps. Nous y reviendrons plus loin en étudiant l'exploration intra-utérine par le lipiodol.

L'examen histologique a montré dans les deux cas l'existence d'un cancer cylindrique typique, c'est en effet la forme la plus fréquente du cancer du corps de l'utérus.

SYMPTOMATOLOGIE

Troubles fonctionnels. — Le signe capital du cancer du corps de l'utérus est : l'hémorragie utérine. Dans nos deux observations, l'hémorragie s'est produite sans cause apparente ; d'abondance d'abord très faible, elle a augmenté peu à peu en quelques mois et elle a pris dans l'observation II une importance assez grande pour nécessiter un curettage. Le caractère particulier de cette métrorragie est sa répétition presque quotidienne. La perte de sang s'arrête momentanément sous l'influence du repos et sous l'effet du traitement symptomatique ; mais aussitôt que la malade reprend ses occupations, les pertes de sang se reproduisent de nouveau. Le traumatisme, qui a une action si particulière sur l'apparition des pertes sanguines dans le cancer du col ne joue pas un rôle semblable sur les pertes de sang du cancer du corps. Il est évident que les bourgeons néoplasiques saignants sont mieux protégés dans la cavité utérine que dans le fond du vagin.

Le curettage utérin pratiqué dans l'observation II à Saint-Louis, n'a produit qu'une amélioration transitoire ; après quelques semaines, les bourgeons cancéreux se sont reproduits en ramenant des

pertes de sang, comme avant le curettage.

Certaines affections endo-utérines peuvent produire des pertes de sang après la ménopause, c'est en particulier les polypes muqueux.

Dans ce cas les hémorragies sont intermittentes et peuvent disparaître pendant quelques semaines pour se reproduire ensuite. Dans le cancer les pertes sanguines se renouvellent tous les jours ou tous les deux ou trois jours.

Les pertes blanches ont également un caractère particulier il s'agit d'un liquide clair, rosé sans odeur.

Ces pertes particulières existaient dans nos deux observations se produisant dans l'intervalle des pertes de sang.

Comme l'examen des bourgeons cancéreux l'a montré il n'y avait aucune infection secondaire dans la cavité utérine, ce qui explique l'absence de fétidité de ces pertes blanches.

Dans les deux observations nous n'avons pas noté *aucune douleur*.

Dans les traités classiques on signale certaines douleurs, dans le cancer du corps. Elles sont dues aux contractions utérines avec leur caractère particulier. On comprend en effet que les bourgeons cancéreux distendent la cavité utérine et provoquent la contraction de l'utérus, qui cherche à expulser les bourgeons au dehors. Dans les deux cas observés cette distension utérine existait d'une façon certaine ; après l'incision de l'utérus on voit les bour-

geons chassés à l'extérieur et faisant hernie au niveau de l'incision, cependant cette contraction utérine n'a pas provoqué de douleurs. Nous pensons que la forme douloureuse du cancer du corps est réellement exceptionnelle.

Signes physiques. — Dans l'observation II les renseignements donnés par l'examen gynécologique ont été peu précis par suite de l'obésité énorme de la malade. Dans l'observation I on a constaté l'augmentation régulière de l'utérus qui était relativement gros et sans bosselure appréciable. Etant donné, que la masse bourgeonnante remplit la cavité utérine, il est naturel que l'utérus se présente sous une forme arrondie et régulière.

Dans la seconde observation l'utérus présentait une bosselure dure, qui n'était pas due au cancer, mais au fibrome calcifié surajouté.

Un signe clinique de première importance existait dans les deux cas : *la béance du col*. Tandis que l'orifice du col après la ménopause est normalement petit, fermé, souvent sténosé par sclérose, dans le cancer du corps, l'orifice est habituellement ouvert ramolli et facilement perméable à l'hystéromètre. Ceci indique qu'il y a quelque chose, faisant corps étranger dans la cavité utérine.

L'examen à l'hystéromètre donne des renseignements très utiles, il pénètre facilement dans une cavité agrandie, donne une sensation molle au contact du fond de l'utérus, enfin cette exploration fait saigner et le sang vient non pas du col, mais bien

de la cavité du corps. Ces signes donnés par l'hystéromètre étaient au complet dans l'observation I. Dans l'observation II, l'hystéromètre traversait un défilé étroit avant de pénétrer dans la cavité utérine jusqu'à 10 centimètres de profondeur. Ce rétrécissement fut expliqué plus tard par la présence à ce niveau d'un fibrome calcifié.

RENSEIGNEMENTS DONNÉS PAR L'INJECTION INTRA-UTÉRINE DE LIPIODOL

Ce mode d'exploration a pris dans ces dernières années une telle importance, que nous voudrions rappeler en quelques mots les nombreuses recherches qui ont été faites sur ce sujet.

C'est le 20 février 1925 que le Professeur Sicard présente pour la première fois à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris une radiographie nouvelle montrant l'image de la cavité utérine et des trompes. Avant lui des tentatives avaient été faites en particulier avec le collargol par Dartigues en collaboration avec Dimier ; cet essai avait été fait à l'hôpital Broca dans le service du Professeur Pozzi avant la guerre. D'autres essais avaient été tentés avec le bromure de sodium ; malheureusement, ces produits opaques n'étaient pas toujours bien tolérés. La découverte du lipiodol par Lafay a rendu facile et sans danger cet examen radiologique, et depuis la communication de Sicard et Forestier un nombre considérable de recherches et de publications ont été faites en France et dans le monde entier, prouvant l'innocuité relative de cette méthode d'exploration.

Quelques accidents signalés proviennent seulement de ce que toute manipulation intra utérine est toujours délicate et capable de provoquer des complications septiques. Mais il n'y a pas lieu d'incriminer le lipiodol lui-même, qui est toléré d'une façon admirable par l'organisme.

Nous décrirons ici la technique, que nous avons vue employer journellement à l'hôpital Broca par le Dr Douay assisté du Dr Pierre Lehman, chef du service de radiologie. Il y a lieu d'abord de distinguer l'examen au lipiodol, pratiqué dans les cas de stérilité, et l'examen pratiqué dans le cas de cancer du corps de l'utérus. Dans le premier cas, il s'agit d'injecter sous pression du lipiodol dans les trompes et jusque dans le péritoine. En cas d'oblitération tubaire la pression peut être augmentée jusqu'à une certaine limite, qu'il ne faut pas dépasser pour tâcher de vaincre l'obstacle tubaire. Il y a lieu de contrôler alors la pression utilisée au moyen d'un manomètre. Au contraire dans l'exploration intra-utérine pratiquée pour déceler un cancer du corps de l'utérus il faut éviter autant que possible de remplir les cavités tubaires. Si on injecte le lipiodol sous pression celui-ci peut chasser le liquide septique, contenu dans la cavité utérine, et le refouler dans les trompes jusqu'au péritoine. Le principe de cet examen au lipiodol est de remplir doucement la cavité utérine sous le contrôle de l'écran en évitant d'augmenter la pression intra-utérine. Le contrôle manométrique est inutile lorsqu'on n'opère pas sous

pression. Il suffit de s'arrêter quand la cavité utérine est pleine, avant que le lipiodol n'ait pénétré dans les trompes. Il suffit donc de faire une injection lente sous faible pression avec contrôle radioscopique.

Les dangers à signaler ne sont pas illusoires, nous voyons un exemple très net dans l'observation I quoique l'injection de lipiodol eut été parfaitement tolérée par la malade. M. Douay a constaté au début de l'opération, une rougeur anormale des anses intestinales voisines des trompes. Les suites opératoires ont été marquées les premiers jours par un certain degré de réaction péritonéale. Le cliché radiographique montre, que malgré toutes les précautions prises, du lipiodol avait pénétré en petite quantité dans les trompes. M. Douay pense que du liquide septique a été poussé par le lipiodol jusqu'au péritoine, expliquant la réaction inflammatoire légère des anses intestinales voisines.

Cette constatation montre que l'exploration au lipiodol, pratiquée pour le cancer du corps, n'a pas la même bénignité, que dans le cas de stérilité tubaire.

L'appareil comprend une seringue métallique de 20 cmc. dont le piston est mobile par une vis, chaque tour complet produit la pénétration de 1 cmc. de lipiodol. Une canule munie d'un épaulement conique revêtu d'un capuchon de caoutchouc sert à oblitérer l'orifice du col. Ce bouchon est mobile sur la sonde au moyen d'un pas de vis, ce qui permet de

limiter la partie de la canule, pénétrant le col.

Technique. — La malade étant sur la table radiographique, un spéculum est mis en place, le col est nettoyé et désinfecté, une pince de Museux fixe le col en pinçant dans ses griffes le pourtour du col en avant et à droite de la malade.

Cette prise du col permettra de placer la canule sans être gêné par la pince de Museux. On adapte la sonde à la seringue, le contenu d'une boîte du lipiodol environ 18 à 20 cmc., est versé dans le corps de pompe ; le piston est mis en place, la vis est serrée, et on tourne le piston pour chasser l'air de la canule et pour faire sortir quelques gouttes de lipiodol à l'extrémité de la sonde. A ce moment on lit la graduation sur la tige du piston. On enfonce l'extrémité de la sonde dans l'orifice du col, le capuchon côneique s'applique sur les lèvres du col en ne laissant pénétrer qu'un centimètre environ dans la cavité. La main gauche de l'opérateur suffit à maintenir avec la pince à col l'appareil en bonne place. La pénétration du lipiodol est obtenue en tournant le piston avec la main droite ; à chaque tour complet 1 centicube est injecté dans l'utérus. La pénétration doit se faire lentement sans percevoir aucune résistance, sans provoquer de douleurs.

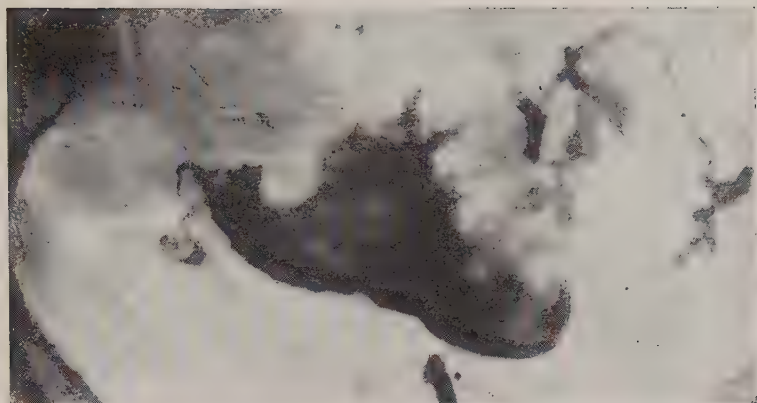
Le contrôle de la pénétration se fait très facilement, en observant sur l'écran l'ombre grandissante de la cavité utérine. Quand l'image a pris le caractère suffisant, qui la rend démonstrative on procède à la prise du cliché radiographique. Il y a lieu de

surveiller attentivement l'état des trompes et d'arrêter la pénétration si on voit une ombre tubaire se dessiner. Dans nos observations la quantité du lipiodol injecté a été de 7 cmc. pour la première, de 11 cmc. pour la deuxième, alors qu'elle est de 3 à 4 cmc. dans les utérus normaux. La durée totale de cette recherche est de 5 à 10 minutes. Une fois que le cliché est pris, la sonde est retirée et l'utérus se vide immédiatement. La malade retourne à pied à son lit et se repose, le jour même, et le lendemain matin.

Résultat obtenu par cet examen : l'aspect de l'image de la cavité utérine est caractérisé par une augmentation considérable de cette cavité. Sa forme triangulaire normale disparaît.

La partie inférieure s'évase et s'étend régulièrement avec un contour précis ; la partie supérieure est irrégulière déchiquetée avec aspect lacunaire, caractéristique. Les clichés que nous reproduisons donnent d'une façon manifeste cet aspect caractéristique.

Les auteurs qui ont étudié la question, démontrent que l'image obtenue est toute différente, lorsqu'il s'agit de polypes intra-utérines ou de fibromes sous-muqueux. Nous avons vu en effet à l'hôpital Broca des radiographies prises en cas de polypes et de fibrome. L'image de la cavité est grande avec encoche parfaitement nette, aux bords bien réguliers. Il y a cependant une cause importante d'erreur d'interprétation. M. Douay nous en a montré un très bel



OBSERVATION I. — Cancer du corps de l'utérus.
Radiographie après injection de lipiodol.



OBSERVATION II. — Cancer du corps de l'utérus et fibrome calcifié.
Radiographie après injection de lipiodol.

exemple; il s'agissait d'un cas d'hémorragie utérine au moment de la ménopause, on craignait un cancer du corps. La biopsie endo-utérine était restée négative. L'injection intra-utérine de lipiodol, montra une image lacunaire, qui parut caractéristique du cancer du corps. L'opération fut faite par le professeur Faure, et on reconnut sur la pièce opératoire, que la cavité utérine était remplie par des caillots sanguins; l'image lacunaire, étant produite par le refoulement de ces caillots au fond d'utérus.

Il n'y avait aucune espèce de production pathologique intra-utérine.

La conclusion à tirer de ce chapitre sur le lipiodol est donc la suivante :

I. — Lorsqu'on suppose un cancer du corps de l'utérus l'examen au lipiodol donne des renseignements intéressants, qui ont leur valeur dans l'ensemble des signes observés, et qui permettront surtout de localiser dans la cavité utérine l'endroit suspect. C'est là, que la curette devra chercher à faire la biopsie.

II. — L'image lacunaire n'est pas absolument caractéristique, puisque la présence de caillots sanguins peut également la donner.

III. — La recherche n'est pas absolument sans danger, car le lipiodol même, manié avec prudence sous faible pression peut chasser dans les trompes du liquide septique. On voit par là que l'utilité de cette nouvelle méthode d'examen, ne donne pas

pour le cancer du corps de l'utérus, des renseignements démonstratifs et sans danger, qu'elle donne dans d'autres conditions, en particulier dans la recherche de la stérilité tubaire.

LA BIOPSIE ENDO-UTÉRINE

Pour affirmer qu'il s'agit du cancer du corps de l'utérus, il est nécessaire de prélever dans l'intérieur de la cavité utérine, un fragment, qui sera examiné au laboratoire. Dans nos deux observations la biopsie endo utérine a été faite avec grande facilité. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'épithélioma cylindrique. On s'est servi pour faire le prélèvement de la curette de Douay.

La curette de Douay, construite par Collin, déjà signalée dans la Thèse de M. Caplan (1924), présente à son extrémité une petite cupule à bords tranchants, maintenue par deux montants latéraux, dont l'un présente un bord tranchant. Ce bord coupant permet de sectionner toute la masse de bourgeons, faisant saillie dans la cavité de la curette.

Si on tourne le manche dans le sens des aiguilles de montre, la partie coupante entre en action.

Si on tourne l'instrument dans l'autre sens on ne produit aucune blessure du tissu. Le fragment coupé reste dans la cupule, quand on retire la curette de l'utérus. Cette cupule est percée d'un trou pour permettre de déloger le fragment, engagé dans la cavité de la curette. Ordinairement la curette pénètre

sans difficulté (obs. 2), quelquefois il faut dilater le col en passant les bougies d'Hégar (obs. I). Lorsque le fragment n'est pas coupé du premier coup, il faut placer l'instrument dans différentes directions, en l'appliquant contre la paroi utérine. Un examen préalable au lipiodol, facilite beaucoup la biopsie endo-utérine en montrant la zone suspecte de la cavité utérine. C'est dans cette direction qu'il faut engager l'instrument, pour essayer de faire le prélèvement utile.

LE CURETTAGE EXPLORATEUR

Dans les cas où le diagnostic est particulièrement difficile, il est nécessaire de faire une bonne dilatation du col avec les bougies d'Hégar. On procède alors à un curettage complet et méthodique. Il faut savoir que le point de départ du cancer est souvent caché dans le fond de la corne utérine. Il faut dans ce cas beaucoup d'habileté de la part de l'opérateur pour enlever avec la curette des fragments suspects, qui permettront le diagnostic.

Dans nos deux observations, le curettage a pu être évité, grâce à la biopsie endo-utérine. C'est là un avantage sérieux. Le curettage explorateur est en effet une petite opération qui fatigue la malade, et qui n'est pas sans danger.

La curette maniée avec trop de vigueur dans un utérus friable, peut perforer l'organe et produire des complications redoutables.

Il faut remarquer que dans l'observation II les deux curettages, étaient restés sans résultat, probablement par insuffisance d'examen des produits enlevés par la curette. Il est cependant très facile avec un peu d'expérience, de reconnaître à l'œil nu le tissu suspect du cancer. Ces tissus sont blancs,

rosées, grisâtres ; ils sont fermes de consistance, et cependant friables, quand on les écrase dans une compresse. Au cours d'un curettage explorateur, il est utile de déposer sur une compresse le contenu de la curette. Si c'est du sang, celui-ci est absorbé par la compresse, si c'est de la muqueuse enflammée, le morceau s'aplati et devient lamelleux. Si c'est du cancer, le morceau reste gros et épais, formant une masse blanchâtre caractéristique.

Dans les cas où il y a association du fibrome et du cancer, le curettage explorateur n'est pas toujours favorable. Etant donné la forme irrégulière de la cavité utérine, par suite des bosselures produites par le noyau fibreux, le maniement de la curette est difficile. Souvent le cancer est masqué dans un diverticule de la cavité et la curette passe à côté de la lésion. Enfin le curettage, en déchirant la muqueuse qui recouvre les noyaux fibreux, est en effet dangereuse pour la vitalité du fibrome. Pour toutes ces raisons, le curettage doit être évité dans le cas d'utérus fibromateux ; c'est alors que l'examen du lipiodol donne des renseignements particulièrement intéressants. Le Professeur Faure dans son enseignement nous conseille d'éviter le curettage en cas d'association probable du fibrome et du cancer ; mieux vaut enlever d'abord cet utérus malade, que de le traumatiser souvent sans résultat avec la curette.

DISCUSSION DE LA CURIETHÉRAPIE

On est d'accord sur ce point, que le radium n'a pas d'action efficace sur le cancer du corps de l'utérus ; celle-ci étant habituellement un épithélioma cylindrique radio-résistant.

Toutefois, nous avons vu à l'hôpital Broca utiliser le radium, lorsque l'opération n'était pas réalisable par suite d'un état général très défectueux : bronchite chronique avec emphysème pulmonaire par exemple. Le radium a produit parfois des améliorations durables très intéressantes. Nous avons vu encore le radium employé pour atténuer momentanément la virulence du cancer et diminuer ainsi le danger des greffes post-opératoires.

Dans l'observation I il s'agissait d'un cas facilement opérable ; il n'a pas été question d'application de radium. Le grand avantage de la chirurgie dans le cancer du corps, c'est de l'enlever dans l'œuf pour ainsi dire alors qu'il est bien localisé dans la cavité utérine. Dans le second cas, plus difficilement opérable, le radium a été discuté. Une application de radium pré-opératoire a comme avantage d'arrêter les pertes du sang, de diminuer le volume de l'utérus, de restreindre la septicité de bourgeons sep-

tiques, de relever l'état général, de diminuer les risques des greffes post-opératoires. Ce dernier avantage, se fait surtout sentir, quand on opère par voie vaginale. L'inconvénient du radium pré-opératoire est de retarder l'opération de quatre semaines environ et de faciliter pendant ce temps les métastases cancéreuses. Le Professeur Faure insiste particulièrement sur le danger des métastases, qui rendent l'opération inutile.

DISCUSSION DE L'OPÉRATION

Deux voies peuvent être suivies pour enlever l'utérus cancéreux. La voie abdominale et la voie vaginale. Dans l'observation I la voie abdominale a été choisie, c'est la meilleure, qui permet d'enlever la totalité des lésions avec le maximum de sécurité.

En principe, *l'hystérectomie totale* se fait de préférence, comme elle a été pratiquée dans l'observation 1.

Il y a quelques points techniques, qu'il est bon de rappeler : l'incision médiane sous-ombilicale est l'incision de choix ; elle donne plus de jour que l'incision transversale, elle est plus rapide. Le drainage s'il est nécessaire, est plus facile à établir.

L'utérus n'est pas saisi avec la pince de Museux, mais il est pris par les cornes utérines pour éviter toute issue de matières suspectes, provenant de la cavité utérine.

Les ligatures de ligaments larges sont faites dès le début de l'opération, de même si possible, les ligatures des artères utérines et des branches vésico-vaginales ; on réserve pour la fin, le temps septique de l'opération : ouverture et section du vagin.

Le drainage se fera habituellement par voie vagi-

nale, comme cela a été fait dans notre observation. Quoique l'hystérectomie totale soit l'opération rationnelle dans le cancer du corps, il ne faut pas oublier qu'elle est plus grave, plus choquante, plus longue, plus septique, que l'hystérectomie subtotale.

L'hystérectomie subtotale pourrait être utilisée dans certains cas. L'anatomie pathologique nous montre souvent que le col est parfaitement sain, comme cela se voit sur les deux pièces anatomo-
miques. Il n'est pas douteux qu'une section faite à ce niveau passerait assez loin du foyer cancéreux, pour éviter toute récurrence. Aussi peut-on soutenir, comme nous l'a appris le Professeur Faure, que l'hystérectomie subtotale doit être préférée à l'hystérectomie totale lorsque l'état général de la malade est précaire. Il suffit dans ce cas de faire examiner de suite la pièce enlevée, pour s'assurer, que la section du col est passée à distance du cancer utérin.

L'hystérectomie vaginale est une opération exceptionnellement employée dans le cancer du corps. Elle a l'inconvénient de rendre nécessaire la section de la paroi antérieure de l'utérus, ce qui produit l'ouverture du foyer cancéreux au milieu du champ opératoire.

L'avantage de la vaginale, est qu'elle reste une opération sans shok et sans danger, même sur les malades fatiguées, âgées ou surchargées de graisse (comme le cas n° 2). Dans cette opération il n'est pas utile, d'enlever avec l'utérus les annexes, qui sont

saines et il n'est pas nécessaire de faire les ligatures au catgut ; il suffit de laisser les pinces à demeure, qui seront enlevées 48 heures après l'opération.

Lorsque la vulve est trop étroite, on peut faire une incision de débridements latéraux, ce qui facilite considérablement l'opération. Les dangers de cette incision, est la possibilité des greffes cancéreuses au niveau du périnée. Pour éviter ce danger de greffes on peut faire, comme nous l'avons déjà dit, une application de radium pré-opératoire.

Dans notre observation l'hystérectomie vaginale a été particulièrement difficile par la présence d'un gros fibrome calcifié, qui empêchait l'abaissement de l'utérus cancéreux. Il a été nécessaire de morceler, à la pince coupante cette tumeur caléifiée et il a fallu toute l'habileté de l'opérateur pour extirper en totalité la pièce superbe, dont nous reproduisons le dessin.

CONCLUSIONS

De l'étude des deux observations décrites on peut tirer les conclusions suivantes :

I. — *Au point de vue symptomatologique.* — Petites pertes de sang répétées et progressives après la ménopause, doivent faire penser au cancer du corps de l'utérus.

L'examen gynécologique montre un utérus gros, rond, régulier avec col légèrement ouvert.

L'hystérométrie pénètre facilement dans une cavité agrandie, donne une sensation molasse et provoque une petite perte de sang.

II. — *L'examen au lipiodol* donne quelques renseignements utiles sans permettre à lui seul un diagnostic définitif.

L'image lacunaire considérée comme caractéristique peut être simulée par la présence de caillots sanguins intra-utérins. Cet examen sera fait sous faible pression pour éviter le refoulement du liquide septique de la cavité utérine dans les troupes jusqu'au péritoine. Il permettra surtout de localiser dans la cavité utérine l'endroit suspect où la biopsie devra être faite.

III. — *La biopsie endo-utérine* de préférence au curettage explorateur est l'exploration capitale qui permettra d'affirmer le diagnostic.

La coexistence du fibrome et du cancer rend cette exploration difficile, incertaine et même dangereuse. Aussi est-il préférable dans ce cas de pratiquer l'opération d'emblée. *Le traitement sera chirurgical.*

IV. — La voie abdominale est celle qui sera préférée dans les cas favorables.

L'hystérectomie totale sera faite de préférence mais la subtotale reste une opération rationnelle dans les cas difficiles.

V. — *L'hystérectomie vaginale* rendra des services chez les malades âgées, jugées incapables de supporter la laparotomie.

Le radium pré-opératoire pourra alors rendre quelques services.

Vu : le Président de la thèse,
FAURE.

Vu le Doyen,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ALGLAVE. — Cancer du corps de l'utérus, propagé à la vessie. S. iliaque. Cæcum (S. A., année 1916, p. 235).
- BÉGOUIN. — Cancer du corps de l'utérus et métastases dans les deux trompes (*Rev. de Gyn. et Obst.*, 1910).
- BÉCLÈRE (C.). — Les injections intra-utérines de lipiodol sont-elles dangereuses (*La Presse Médicale*, n° 50, 23 juin 1928).
- L'exploration radiologique en gynécologie. Paris, 1928.
- BICH. — Cancer primitif du corps de l'utérus (Thèse de Lyon, 1891).
- BOISSIER. — Etude clinique sur le cancer primitif du corps de l'utérus. Thèse de Montpellier, 1900.
- CAPLAN (M.). — La biopsie dans le cancer de l'utérus. Thèse Paris, 1929.
- COCHERET. — Valeur des métrorragies après la ménopause, comme signe de cancer utérin. Thèse de Paris, 1909-1910.
- COTTE et BERTRAND. — Radio-diagnostic gynécologique (*Gyn. et Obst.*, août 1926).
- COTTE. — Sur l'exploration radiologique de l'utérus et des trompes après injection intra-utérine de lipiodol (*Bull. men. Soc. Nat. Chir.*, t. 54, n° 24 p. 1005).
- DELABRE. — Cancer total de la muqueuse utérine. Thèse Lyon, 1923.
- DELIASSUS. — *La Presse Médicale*, n° 81, 10 oct. 1928, p. 1284).

DESMAREST. — Polype et néo du corps de l'utérus (S. A., 1927).

DOUAY. — *Bull. de la Soc. Obst. et Gyn.*, 1927, p. 96.

— Gynécologie. Paris, 1928.

DUVAL (JEAN). — Cancer primitif du corps de l'utérus. Thèse Paris, 1928.

DUVAL (PIERRE). — Des dangers de l'hystérogaphie par injection intra-utérine (*Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir.*, t. 54, 5 mai 1928).

FAURE (JEAN-LOUIS). — Traité de gynécologie. Paris, 1928.

GRÉGOIRE, BÉCLÈRE, DARBOIS. — Radiodiagnostic gynécologique (*Journ. de Chir.*, juin 1926 ; *Journ. de Radiologie*, janv. 1927).

JOLLY. — Trois cas de polypes utérins compliqués de cancer du corps.

LAPOINTE et GAGEY. — Deux cas d'épithélioma du corps guéri par le radium (S. d'Obst. et Gyn., 1927).

LECÈNE, BÉCLÈRE, TEDESCO. — Un cas de réaction salpingienne à la suite d'une injection intra-utérine du lipiodol (*Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, n° 2, fév. 1929, p. 121).

MOQUOT. — Lipiodol intra-utérin (*Bull. Soc. de Ch. de Paris*, 1925 ; *Presse Médicale*, décembre 1927).

OUMANSKY. — Thèse de Paris, janvier 1926.

SICARD et SOLAL. — Accidents consécutifs à une injection intra-utérine de lipiodol (*Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir.*, 1929).

SICARD. — Traitement et diagnostic par le lipiodol, Paris 1928.

TIXIER et BONNET. — Cancer total de la muqueuse utérine (S. de Ch. de Lyon, 1923).

VERSTRAETE. — Cancer du corps et fibrome. Th. Paris, 1898.

